

## REGLEMENT PAR CARTE BANCAIRE

Merci de nous retourner ce document au service Comptabilité dûment complété  
et signé par fax au **09 57 90 09 19**

Client N° .....

Je, soussigné Madame ou Monsieur .....,  
porteur de la carte bancaire :

N° .....

Date d'expiration : .....

N° CVC (3 derniers chiffres au dos) : .....

autorise la société MICRO CONCEPT DISTRIBUTION à prélever sur cette même carte le montant de la commande/facture N° :

OU

autorise la société MICRO CONCEPT DISTRIBUTION à conserver ce numéro durant la validité de la carte bleue pour nos futures commandes.

Fait à .....  le .....	<u>Signature obligatoire</u> :	Cachet de votre société :
------------------------------	--------------------------------	---------------------------

MICRO CONCEPT DISTRIBUTION

Service Comptabilité : Tél. : 08 92 05 05 05 – Fax : 09 57 90 09 19